



BORANG PERMOHONAN KAD *FIBRINOLYTIC*

Jabatan Farmasi _____

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Permohonan Baru

Permohonan Ulangan

No. Siri Kad : _____

A. MAKLUMAT PESAKIT

Nama : _____

No. KP/RN/Pasport* : _____

Jantina : Lelaki Perempuan

Alamat : _____

B. MAKLUMAT ADMINISTRASI UBAT *FIBRINOLYTIC*

Nama Ubat : _____

Tarikh Administrasi : _____

Sekiranya pesakit pernah menerima ubat *fibrinolytic* sebelum ini, sila nyatakan :

Nama Ubat Yang
Pernah Diterima : _____

Tarikh Administrasi : _____

C. MAKLUMAT PEMOHON

Nama Pemohon : _____

No. Telefon : _____

Wad / Unit : _____

Tandatangan : _____

Tarikh : _____

D. UNTUK KEGUNAAN FARMASI

Tandatangan : _____

Tarikh Kad Dikeluarkan : _____

Nama & Cop Pegawai Farmasi :

No. Siri Kad : _____

*KP – Kad Pengenalan, RN – *Registration Number*